

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929-1930 N° 128

Travail du Service de Clinique Chirurgicale
de l'Ecole de Médecine de DIJON

A PROPOS
D'UN CAS DE RUPTURE TRAUMATIQUE
DU DUODÉNUM

THÈSE

PRÉSENTÉE

a la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 8 Juillet 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles CAIX

Né le 20 Mars 1904 à ASNAN (Nièvre)



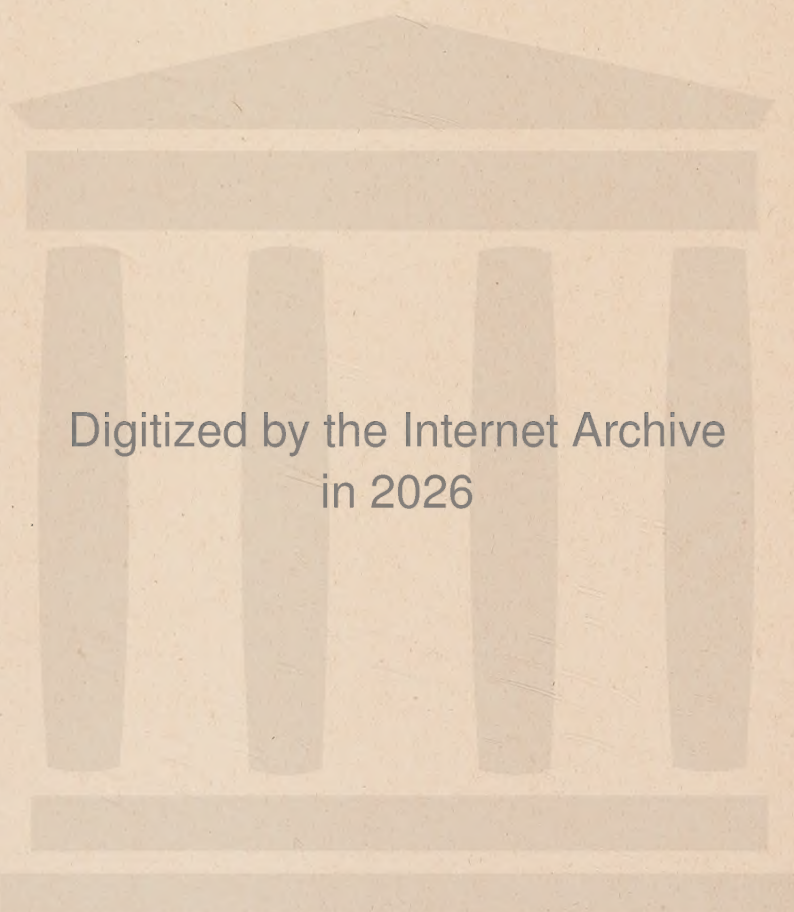
LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

**A PROPOS D'UN CAS
DE RUPTURE TRAUMATIQUE DU DUODÉNUM**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929-1930 N° 128

Travail du Service de Clinique Chirurgicale
de l'Ecole de Médecine de DIJON

A PROPOS
D'UN CAS DE RUPTURE TRAUMATIQUE
DU DUODÉNUM

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 8 Juillet 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles CAIX

Né le 20 Mars 1904 à ASNAN (Nièvre)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930



PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire M L. HUGOUNENO.
Doyen M J. LEPINE.
Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENO
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	MAZEL	DUMAS	MARTIN (Joseph)
TRILLAT	SANTY	DUFOURT	ROCHET (Ph.)
SARVONAT	DUNET	DEVIC	WERTHEIMER
FLORENCE (G.)	CHALIER (André)	GABRIELLE	GATÉ
ROCHAIX	CHALIER (Joseph)	MANCEAU	BERNHEIM
RHENTER	NOEL		DECHAUME
			POLLOSSON

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, président ; BONNET, assesseur ;
SANTY et CHALIER A., agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FEMME

Toujours compagne très chère
et souvent collaboratrice précieuse.

A MA GRAND-MÈRE

A MA MÈRE, A MON PÈRE

Que j'unis dans un même sentiment d'affection profonde et de reconnaissance.

A MON FRÈRE

Avec nos meilleurs souhaits pour son avenir.

A MES CAMARADES D'ÉTUDES, A MES AMIS

A qui je dois de si bon souvenirs.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LECLERC

Qui m'a inspiré ce travail.

A MON CHEF DE CLINIQUE LE DOCTEUR JEAN ROY

Dont les conseils nous furent si
précieux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Qui m'a fait ce très grand hon-
neur. Je le remercie respectueuse-
ment.

A MES JUGES

A TOUS MES MAÎTRES DIJONNAIS ET LYONNAIS

A PROPOS D'UN CAS DE RUPTURE TRAUMATIQUE DU DUODÉNUM

Introduction

Les ruptures traumatiques du duodénum sont relativement rares. Depuis Guibé, bien peu de cas ont été publiés en France ; surtout, très rares ont été les guérisons d'une telle lésion et c'est ce qui nous a déterminé à en relater, dans ce court travail, une observation, sur le conseil de notre Maître, M. le Professeur Leclerc.

Nous n'apportons aucun appoint nouveau à la question très délicate du traitement, le blessé dont nous écrivons l'histoire ayant présenté la plus banale des lésions observées sur le duodénum. Nous avons seulement, à propos de notre cas, tenu à passer en revue les différents chapitres de la question, et nous nous sommes efforcé de faire dans chacun d'eux une synthèse des publications antérieures marquantes.

A propos de certains même, tel le chapitre des symptômes, nous avons tenu à rester bref, ce point

rentrant absolument dans le cadre des traumatismes abdominaux avec lésions intestinales courantes, trop classique pour être à nouveau détaillé.

Nous étudierons ici, suivant en cela tous les auteurs, non seulement les lésions du duodénum proprement dit, mais aussi celles de l'angle duodéno-jéjunal semblables aux premières par de nombreuses particularités cliniques, étiologiques, anatomo-pathologiques et thérapeutiques.

Historique

Les premières publications de ruptures traumatiques du duodénum sont éparses à la fin du siècle dernier. En réalité, c'est au Professeur Jeannel que revient l'honneur du premier travail important sur cette question, dans sa pathologie chirurgicale du duodénum (*Archives Provinciales de Chirurgie*, 1899).

Peu de temps après parurent en France les thèses de Dambrin (Paris, 1902), puis celle de Renaudin (Paris, 1908). A l'étranger, il faut retenir le mémoire de Meerwein, qui date également de 1908.

Dans la suite vint, en 1910, l'exposé magistral de Guibé qui réunit 134 observations. Dans le même moment, Berry et Guiseppi en rapportaient 26 cas observés dans les hôpitaux de Londres. Depuis, 8 cas seulement sont publiés dans la littérature française et commentés pour la plupart par Bigot, puis Delpistoya, dans leurs thèses. Ce sont les cas de Desgouttes, Quénu et Mathieu, Guillot, Curtillet, Guibal, Barthélemy, Duboucher, Cornil et Morin.

Etiologie

On peut difficilement donner une idée exacte de fréquence des ruptures duodénales. La statistique de Berry et de Guiseppi qui porte sur tous les cas de rupture intestinale observés dans les hôpitaux de Londres pendant 15 ans, note 23 ruptures du duodénum et 3 de l'angle duodéno-jéjunal pour 122 cas de lésions intestinales, dont 115 du grêle : soit une proportion de 20 %. Guibé donne le chiffre de 5 à 10 %, Hertte celui de 12 à 13 %.

Or, en regard de leur rareté apparente, il faut cependant noter leur fréquence relative, le duodénum étant un segment court, représentant seulement 4 à 5 % de la longueur de l'intestin grêle.

Il semble que la situation profonde de l'organe dans une région abdominale protégée d'abord par les viscères voisins : foie, estomac, intestin, puis par le rebord thoracique, le mette à l'abri des traumatismes. Mais, dit Guibé, « le siège profond du duodénum au-devant du rachis, s'il permet au viscère d'éviter le traumatisme, le force en revanche à ce que ceux qui l'atteignent soient particulièrement dangereux ».

D'ailleurs, la portion horizontale située au-devant des 3° et 4° lombaires, en pleine région ombilicale, est relativement superficielle. Sa fixité vient favoriser encore sa rupture. Accolé à la paroi postérieure, il ne fût pas l'agent traumatisant. Sans intérêt est la question du sexe; comme habituellement les observations concernent presque toujours des hommes.

A propos des circonstances d'âge, il faut retenir, d'après Guibé, que dans tout le jeune âge, on rencontre plus fréquemment des ruptures totales.

Certaines causes perforantes peuvent accentuer l'action du traumatisme : tel l'état de relâchement musculaire de la paroi, la réplétion intestinale et gastrique.

On a noté (3 cas rapportés par Jeannel, cas de Mac Veeney, de Herapath, de Vitti), la perforation traumatique vraie au niveau d'un ulcère duodénal ancien ou en activité.

Ce fait est à rapprocher des cas d'ulcères gastriques perforés par des traumatismes abdominaux et sur lesquels Duval a tout récemment insisté (Soc. de Chir., mai 1930).

Les causes occasionnelles sont les suivantes : En général, il s'agit de traumatisme direct agissant sur la paroi abdominale. C'est l'étage sus-ombilical qui est le plus souvent frappé. Il n'en est toutefois pas toujours ainsi ; on peut en effet relever des cas où le choc porta nettement sur l'abdomen inférieur. Ce fait est à noter au point de vue du traitement, et il ne faut jamais s'abstenir de vérifier l'état du duodénum et même après des traumatismes bas. Un choc

large, dirigé en haut, explique dans ce cas l'atteinte de l'organe et il ne faut pas oublier non plus que parfois sa transverse portion peut descendre plus bas que l'ombilic.

Il n'existe que de rares observations (celles de Westbrook, 2 cas de Greig Smith et un cas de Curtio) où le point d'application fut lombaire.

Guibé rapporte « à titre de curiosité » le cas de Westbrook, absolument analogue au nôtre, d'un traumatisme lombaire par timon de voiture.

« Il s'agit d'un homme de 29 ans qui était monté à l'arrière d'un tramway. Celui-ci vint à s'arrêter brusquement, alors qu'une voiture à deux chevaux arrivait par derrière, qui ne put s'arrêter à temps. Le timon de la voiture vint heurter le blessé directement dans la région lombaire, comme le montrait d'ailleurs l'existence d'une contusion sur ce point ».

Rien n'est plus varié que la nature de l'agent traumatisant. Les lésions par coup de pied de cheval, coup de timon de voiture, sont fréquentes. A côté des lésions par chocs variés et intenses, il faut noter les tamponnements entre deux tampons de wagons, les éboulements, enfin les écrasements par véhicules. Ces derniers, en particulier, qui agissent en général sur une large surface, sont très souvent éloignés des ruptures totales.

Les mécanismes de rupture sont : l'écrasement, l'éclatement et l'arrachement.

On peut considérer le duodénum comme un segment clos, fermé en haut par le sphincter pylorique et en bas par la coudure duodéno-jéjunale. On com-

prend alors que sa compression brusque puisse entraîner son éclatement. La déchirure est souvent considérable et occupe surtout la 2^e et la 4^e portions moins exposée à l'écrasement. La direction de la plaie est presque toujours longitudinale.

L'arrachement par accrochage a été rencontré au pylore et à l'angle duodéno-jéjunal. Il s'explique bien par la fixité du duodénum entre deux segments mobiles (estomac et grêle). En outre, dit Guibé, « au niveau du pylore il y a passage d'un viscère volumineux, l'estomac, dans un canal plus petit, le duodénum; enfin différence de consistance entre le pylore épais et charnu et le duodénum beaucoup plus mince.

Au niveau de l'angle duodéno-jéjunal, nous trouvons des conditions analogues : non pas qu'il y ait entre les deux viscères des différences de calibre bien considérables, mais entre eux il y a une différence de fixité des plus marquées : le duodénum, appliqué à la paroi abdominale postérieure et fixe, est ici en quelque sorte surtout par le ligament ou muscle de Treitz qui augmente l'immobilisation de cet angle auquel fait suite brusquement le jéjunum mobile que rien ne rattache plus à la paroi abdominale postérieure qu'un repli rapidement de plus en plus long : le mésentère ».

Mais le mécanisme habituel est l'écrasement. La 3^e portion qui repose sur la colonne et qui est la moins protégée est la plus atteinte.

Dans notre cas, la rupture était localisée à la face antérieure de la 1^{re} portion duodénale. Le malade était à peu près à jeun au moment de l'accident. Bien

qu'il soit difficile de faire la part des mécanismes de rupture, on peut penser qu'il s'est agi plutôt d'éclatement de l'organe, le traumatisme appuyé s'étant exercé d'arrière en avant, le plan résistant constitué par un mur.

Le peu d'étendue de la plaie, contrairement nous l'avons dit à ce qui est observé dans les éclatements, peut être expliqué par le fait du traumatisme postérieur qui s'est épuisé en partie sur le plan lombaire **osséux**.

Anatomie pathologique

Au point de vue du siège de la lésion, toutes les parties du duodénum ont été trouvées atteintes de rupture. Cependant, il en est certaines qui sont lésées, sinon avec élection, du moins avec plus de fréquence.

L'anatomie du duodénum nous fait comprendre que la quatrième portion, profondément située entre la colonne vertébrale en arrière et la petite tubérosité gastrique en avant, soit la moins touchée. On ne s'étonnera point, au contraire, que la première et surtout la troisième portions soient très touchées puisqu'elles croisent les corps vertébraux.

De même est très exposée la deuxième portion, qui répond en arrière et à gauche dans toute son étendue à la colonne.

Mal défendu en avant, le plan vertébro-lombaire résistant protège au contraire efficacement le duodénum contre le traumatisme postérieur.

Deux groupes de lésions sont classiquement distingués : la contusion et la rupture.

Il existe des ruptures complètes intéressant toute l'épaisseur de la paroi intestinale et des ruptures incomplètes, laissant intacte au moins une tunique intestinale et n'ouvrant pas la lumière.

La contusion, à laquelle on rattache la rupture incomplète est révélée par une infiltration ecchymotique qui se fait dans la sous-séreuse et la sous-muqueuse. La séreuse résiste, en général, comme on sait, à ces lésions de contusions.

Le sphacèle est la conséquence des contusions intenses. Le péritoine est rapidement atteint et la péritonite généralisée se développe alors.

Peu intense, la contusion laisse une escharre qui peut ne pas intéresser toute l'épaisseur de la paroi et pourra guérir, ou bien donner une plaque de sphacèle comprenant toutes les tuniques avec perforation secondaire.

Les ruptures complètes partielles, intéressant seulement une partie de la circonférence duodénale, sont les plus généralement observées. Elles peuvent être minimales et difficiles à trouver, mais leur type moyen est de 3 centimètres. Les bords de la plaie sont contus, ecchymotiques. Dans les éclatements, les bords sont, au contraire, nets, comme dans notre observation et rendent la suture facile. Elles siègent avec élection sur la portion descendante.

Un point intéressant est le siège de la rupture par rapport au péritoine. Nous rappellerons ici, que le duodénum présente schématiquement à considérer

deux faces. Sa face antérieure possède une première zone sus-mésocolique à nu dans le ventre, une deuxième zone sous-mésocolique droite que couvre la racine du mésocôlon et le fascia mésocolique, la racine du mésentère et le mésentère ; une troisième zone à nu dans la cavité péritonéale. Sa face postérieure est, au contraire, tournée tout entière vers le tissu sous-péritonéal.

Or, si les blessures des zones nues intéressent d'emblée la cavité péritonéale, celles qui siègent dans les autres parties en seront isolées tant que restera intacte la séreuse.

Certaines perforations pourront de même épancher leur contenu intestinal dans l'espace virtuel compris entre les feuillets du méso-côlon et du méso-duodénal.

Le plus souvent, les ruptures sont intra-péritonéales, mais les ruptures sous-péritonéales sont également fréquentes étant donnée l'étendue du duodénum rétro-péritonéal.

Signalons d'ailleurs que l'on peut rencontrer en association une rupture de la face antérieure faisant vis-à-vis à une rupture de la face postérieure, réalisant ce que l'on appelle « une kissen lésion ».

Les ruptures totales du duodénum sont assez fréquemment rencontrées.

Ici, le duodénum est sectionné sur toute sa circonférence, le trait de rupture étant perpendiculaire à l'axe. La lésion est généralement unique. Il est rare que les bords de la plaie ne soient pas contus. En général, cette rupture totale est intra-péritonéale. Rare-

ment cependant le feuillet péritonéal antérieur est trouvé intact avec au-dessous de lui les autres tuniques rompues sur toute leur circonférence. Cette lésion totale sous-péritonéale doit être confondue avec la première.

Le siège d'élection de ces ruptures totales est l'angle duodéno-jéjunal. On les rencontre également au niveau du pylore, pouvant présenter ici une gravité particulière en raison du volume des vaisseaux voisins qui peuvent se trouver lésés.

Nous serons bref sur les lésions associées. Elles sont fréquentes en raison des nombreux rapports de l'organe et sont intéressantes, non seulement par le supplément de gravité qu'elles apportent, mais en ce qu'elles peuvent détourner l'attention du chirurgien.

Signalons celles de l'estomac, du jéjunum, de l'iléon, du gros intestin. Fréquentes sont les lésions du mésentère et du méso-côlon. On a signalé de même plusieurs cas de rupture de gros vaisseaux : tronc cœliaque, veine-porte, artères mésentériques.

Rarement le pancréas a été touché, bien qu'étant en voisinage intime. Rares de même ont été les lésions du foie et de la vésicule. Le rein, par contre, est lésé d'une manière relativement fréquente. Guibé en relate 7 cas, toutes survenues à l'occasion de traumatismes antérieurs. Il est intéressant de remarquer que dans l'observation de Westbrook, où le traumatisme avait, comme chez notre blessé, atteint directement la région lombaire d'arrière en avant, le duodénum ait été lésé sans rupture du rein.

Comme dans notre cas, il y eut seulement un volumineux hématome rétro-rénal.

L'évolution anatomique des lésions se fait d'une manière variable.

L'hémorragie qui accompagne toujours la rupture du duodénum et des vaisseaux qui le longent, peut se faire soit dans le péritoine, soit dans les zones rétro-péritonéales. Dans ce dernier cas, un hématome important se formera sous la lame péritonéale postérieure et s'épanchera dans le tissu cellulaire autour de son point d'origine. On le rencontrera surtout au niveau de la tête du pancréas, dans l'extrémité droite du méso-côlon transverse, dans le tissu péritonéal. Au sang se mélange bientôt le contenu intestinal : aliments et bile.

Les ruptures intra-péritonéales suivies, dans la règle, de péritonite généralisée, peuvent évoluer vers l'enkystement et l'abcès intra-péritonéal dans l'étage sus-méso-colique. Les collections purulentes qui en résultent sont difficilement décelables. Bien souvent elles évoluent vers une péritonite tardive.

Symptomatologie

Les ruptures du duodénum offrent une symptomatologie trop semblable à celle des ruptures de l'intestin en général pour permettre un diagnostic positif.

Au moment de l'accident, le blessé est en état de shock : visage pâle, couvert de sueurs froides, respiration angoissée, pouls ralenti, petit et fuyant. Toutefois, un état plus marqué que dans les autres ruptures intestinales est en général noté, comme chez notre blessé. Et ce fait n'est pas pour étonner, vu le voisinage plexique de l'organe ; les lésions vasculaires concomitantes ajoutent encore, lorsqu'elles existent, au choc traumatique.

Et cependant, malgré l'intensité du traumatisme habituel, il faut savoir que cet état de shock initial peut être absent, de même qu'il est parfois absent dans les lésions intestinales habituelles.

Les signes physiques observés à ce moment ne permettent en général pas de porter un diagnostic ferme. On pourra seulement relever les signes pariétaux con-

tusionnels, excoriations, hématomes. Mais le ventre de ce blessé prostré ne réagit pas encore.

Le shock dissipé, il peut exister chez certains blessés une phase latente de calme, de durée variable au cours de laquelle même un examen approfondi ne permet pas de poser des indications opératoires. Nous citerons à ce propos le cas de Dambrin, atteint cependant de lésions duodénales étendues, qui, renversé par un coup de pied de cheval, rentrera tranquillement se coucher parce qu'il est 10 heures du soir, et ne se présentera à la consultation que le lendemain à 8 heures. Il mourra cependant 20 heures après son traumatisme par péritonite diffuse.

Mais, en général, la douleur est un des signes les plus constants. Au début très vive, elle est localisée dans la règle, aux régions ombilicale et épigastrique. Bientôt elle se généralise et souvent 5 à 10 heures après le traumatisme, la pression ne peut déceler la zone douloureuse maxima.

La douleur peut cependant n'apparaître que tardivement après plusieurs jours. Elle est alors en général violente, comme une douleur de perforation viscérale ; les cas correspondent d'ailleurs aux déchirures duodénales incomplètes où le péritoine, d'abord intact, se perfore ultérieurement, à certaines contusions ayant déterminé une plaque d'attrition qui, en tombant, entraînera la péritonite.

Les vomissements font partie du syndrome. Un point particulier à souligner, est l'existence possible de vomissements sanglants des plus importants pour le diagnostic. Ils indiquent une lésion de l'estomac ou

de la première portion duodénale. Ils sont précoces ou tardifs avec sang rouge ou noir. On les rencontre surtout dans les ruptures partielles.

« On s'explique, dit Guibé, que ces hématémèses ne soient pas constantes dans certaines ruptures totales, le pylore ou l'intestin sus-jacent à la rupture peut se contracter et empêcher ainsi tout reflux du sang dans l'estomac. »

Dans notre observation, bien que la perforation fut située sur la première portion, il n'y eut pas de vomissements bilieux. Guibé ne les signale d'ailleurs que dans 11 cas sur 24 lésions juxta-pyloriques.

L'arrêt des matières et des gaz se rencontre ici comme dans toute péritonite; jamais on n'a observé de selles sanglantes ni de selles décolorées.

Objectivement, la défense pariétale généralisée est le symptôme essentiel des lésions viscérales. La contracture se rencontre même dans les ruptures rétro-péritonéales du duodénum. Ce n'est pas cependant qu'ici encore ce signe soit à l'abri des exceptions, ni sans discussion possible, mais il reste malgré tout le plus important. La contracture a également des degrés. Elle peut être légère ou intense, donnant alors la sensation du ventre de bois. Enfin, même si elle est localisée mais s'étend loin du point contus, elle doit imposer la laparotomie immédiate. Cette défense de l'abdomen se voit : le blessé immobilisé, son ventre qui ne respire pas et cette absence de respiration abdominale doit être mise en parallèle avec la contracture.

La percussion révèle généralement le météorisme qui accompagne le ventre de bois avec parfois sonorité préhépatique.

Quant aux troubles respiratoires, urinaires, généraux, ils restent ici sans particularité.

Evolution

L'évolution des ruptures duodénales varie selon les cas. La mort peut survenir en quelques heures par choc ou lésions associées.

Mais habituellement, l'évolution est moins rapide, quoique fatale. La mort par péritonite a lieu dans les 48 heures. Il est des cas où l'évolution fatale se fait anormalement après un intervalle libre de 5 à 6 heures. Ces cas répondent à des contusions qui déclenchent la péritonite à la chute d'une plaque de sphacèle.

Les rares cas favorables évoluent vers une péritonite localisée. Il y a bien eu rupture intra-péritonéale, mais des adhérences protectrices ont barré la route à l'épanchement. Ou bien la rupture rétro-péritonéale a donné lieu à une collection celluleuse sous-péritonéale. Le plus souvent d'ailleurs, les abcès ainsi formés ne tardent pas à franchir cette barrière, amenant la péritonite tardive.

Cependant l'abcès a pu s'ouvrir dans l'intestin ou à la peau. La rupture duodénale n'est donc pas fata-

lement mortelle. Et Guibé relate 2 observations de ruptures non traitées spontanément guéries.

Nous citerons ici le cas très curieux et particulièrement probant de Raser, concernant un blessé mort 6 mois après un traumatisme abdominal, après des phénomènes de rétrécissement du duodénum. « A l'autopsie, on trouva une dilatation énorme de la partie supérieure du duodénum. Celui-ci se termine en cul-de-sac. On voit pendre une partie de la paroi de l'intestin déchirée et cicatrisée, à bords irréguliers, dans la cavité duodénale. Du côté mésentérique du sac, ouverture grosse comme une plume d'oie par où l'intestin grêle rétracté communique avec le duodénum. Adhérences épiploïques dans la région. »

En résumé, exception mise à part, l'évolution des ruptures du duodénum est fatale. Même bien traitées, la mauvaise qualité des sutures faites sur la musculeuse relativement fragile de ce segment d'intestin dans des zones privées de péritoine, entraînera bien souvent des fistules duodénales dont on voit la gravité particulière.

Diagnostic

Le diagnostic de rupture intestinale étant posé par la constatation du syndrome abdominal trop classique pour que nous y insistions, peut-on préciser le siège duodénal de la rupture ?

Tous les auteurs qui se sont occupés de la question répondent : non. Cependant, dit Guibé, « en présence d'un traumatisme bien localisé à la région épigastrique, des signes de rupture de l'intestin, si la douleur spontanée et à la pression reste bien localisée à la région contuse, et surtout s'il survient des vomissements sanglants, on aura tout lieu de supposer que le duodénum peut être lésé ».

L'intérêt du diagnostic est d'ailleurs atténué par l'identité de traitement : la laparotomie exploratrice.

Traitement

Dans toute laparotomie pour contusion de l'abdomen, il faut examiner systématiquement l'état du duodénum au même titre que celui des autres viscères.

Or, l'incision qui permettra cette exploration devra nécessairement dépasser en haut l'ombilic, puisque la troisième portion qui est la plus basse lui répond.

On peut en pratique envisager 2 cas. Si le point d'application du traumatisme reste indéterminé, il est nécessaire de faire une exploration complète des 2 étages de la cavité abdominale.

L'incision médiane sus et sous-ombilicale est généralement employée ; on pourra, au cours de l'intervention, pratiquer un débridement transversal si besoin est.

Mais si l'on peut, par les commémoratifs, préciser que le traumatisme a porté sur une région précise, il est légitime de pratiquer l'incision qui facilitera au maximum son exploration.

C'est ainsi que dans notre cas, l'incision de Sprengel,

vu la localisation du traumatisme dans la partie haute de la région abdominale droite, facilitera les principaux temps de l'intervention.

Lecène conseiller d'ailleurs, en cas de contusion grave de la région épigastrique, de se donner d'emblée du jour sur la totalité du duodénum par l'incision horizontale sus-ombilicale, sectionnant la totalité du grand droit du côté droit et une partie du grand droit gauche. Le malade sera placé en lordose lombaire par un billot.

En réalité, quelle que soit l'incision initiale, le fait important est, nous le répétons, de penser à une lésion possible du duodénum, même si d'autres lésions plus lointaines du grêle se présentent d'abord à l'opérateur. Nous rappelons ici le cas de Portherat, où fut traitée une perforation de l'iléon et où l'autopsie décela une lésion du troisième duodénum insoupçonnée.

Trois manœuvres élémentaires devront être pratiquées. Pour explorer le duodénum sus-mésocolique, il faut simplement relever le foie, abaisser le méso-côlon transverse et le grand épiploon. Il est alors facile de voir la région pylorique, la première portion du duodénum, l'angle sous-hépatique et une grande partie de la deuxième portion.

La face postérieure de la première portion sera vérifiée par l'introduction d'un doigt dans l'hiatus de Winslow (Dambrin). On peut la voir encore en effondrant l'extrémité droite du grand épiploon et en pratiquant le décollement colo-épiploïque, le duodénum étant rabattu en haut et à droite.

Pour explorer la partie sous-mésocolique du duo-

dénum, fin de la deuxième et troisième portions, il faut, d'une part, relever le méso-côlon transverse ou le côlon et le grand épiploon et abaisser, en le mobilisant à gauche, l'intestin grêle.

Il faut rejeter, avec Dambrin, l'incision de la racine du mésocôlon en vue de l'exploration du duodénum sous-mésocolique, cette voie risquant la blessure des vaisseaux coliques. Quant à l'exploration de la partie terminale du duodénum, comprise entre le croisement des vaisseaux mésentériques supérieurs et l'angle duodéno-jéjunal, elle se fait par la mobilisation à droite du mésentère et de la masse grêle.

Cette exploration méthodique en 3 temps permet facilement la découverte des lésions intrapéritonéales.

Plus délicate est la recherche des ruptures de la face postérieure. Elles se reconnaîtront par l'épanchement de sang, de liquide intestinal ou même de gaz qui soulève le péritoine pariétal postérieur. Ces hématomes ont été rencontrés, les uns au niveau du rein droit et de l'angle hépatique du côlon, les autres à la partie supérieure de la base du mésentère.

L'incision de l'hématome mènera ordinairement sur la zone de rupture.

« Faut-il, écrit Guibé, aller plus loin et pratiquer, pour explorer la face postérieure du duodénum, le décollement du duodénum vers la ligne médiane, après incision du péritoine sur son bord droit ?

« Cette méthode de traitement semble absolument indiquée dans le cas où il faut mettre à jour la déchi-

rure intestinale pour la réparer. Mais comme méthode d'exploration pure et simple, elle semble exagérée. Si, en effet, il n'existe aucun indice permettant de supposer une rupture duodénale, il n'y a pas lieu d'y avoir recours.

« Au contraire, lorsqu'il existe une rupture, presque toujours on trouve un indice qui met sur la voie : ecchymoses, épanchements sous-péritonéaux. Mais, en pareil cas, l'incision au niveau de l'hématome, conduit directement sur la lésion au niveau de la deuxième portion. La situation prérénale de l'hématome en dehors du duodénum, fait que l'incision en pratique se fait toujours au point voulu. »

L'exploration ayant révélé la lésion, il nous faut envisager son traitement proprement dit.

Les cas les plus simples, les perforations petites, seront suturées en 2 plans. Pour la première suture totale qui peut être faite par une bourse par points séparés ou par surjet, on emploiera de préférence du catgut résorbable. Un plan séro-séreux au lin l'enfouira.

Quant aux ruptures plus importantes, la conduite à tenir varie suivant les cas. Une plaie longue parallèle à l'axe intestinal peut être facilement traitée comme dans le cas précédent, par une suture en 2 plans. Mais si les bords sont contus, et nécessitent une résection, on pratiquera transversalement leur suture par crainte de rétrécissement.

Quant aux plaies transversales ou obliques, la suture est facile lorsqu'elles sont de dimension moyenne.

Dès que la rupture est importante, tous les auteurs conseillent de traiter comme une rupture totale.

Les procédés opératoires appliqués aux ruptures totales ont été très discutés.

L'entérorraphie circulaire par suture au bouton de Murphy, après section des deux bouts, a donné de bons résultats. La suture du bout supérieur avec implantation du bout inférieur dans l'estomac a été employée, de même la suture des deux bouts duodénaux suivie de gastro.

Dans les cas de contusion très étendue, il fut pratiqué des résections avec gastro-entérostomie complétée ou non par une duodéno-jéjunostomie. Meerswein fit avec succès la résection de la partie contuse, ferma le bout supérieur et anastomosa le bout inférieur avec l'estomac. Il établit en outre une anastomose entre le tronçon duodénal aussi fermé et le jéjunum.

L'exclusion du pylore a été de même pratiquée.

En fait, le traitement des ruptures totales varie avec le siège de ces lésions.

Tout d'abord, les ruptures du duodénum sus-vatérien qui, en pratique, sont situées près du pylore, seront traitées selon les cas, soit par la suture circulaire bout à bout des tranches de section, soit par leur fermeture suivie de gastro-entérostomie. Le premier de ces procédés convient aux ruptures nettes, à parois saines. Une variante en est le procédé de Kocher, qui consiste dans une anastomose duodéno-gastrique termino-latérale. Il est préconisé par Beyle, Leriche et Bréchet.

Au contraire, lorsque la lésion intestinale est étendue, Dambrin et Guibé conseillent de ne pas hésiter à faire la résection jusqu'au tissu sain. La fermeture de ces deux bouts devra être très soignée à cause du manque de péritoine sur la face postérieure du duodénum.

Elle sera suivie d'une anastomose gastro-intestinale. La gastro rapide au bouton de Jaboulay est particulièrement indiquée ici.

Les ruptures intéressant l'ampoule de Vater sont exceptionnelles. Dambrin, qui en rapporte un cas, propose, après ligature du cholédoque et du Wirsung, puis résection de la lésion duodénale, de faire une anastomose gastro-intestinale suivie d'une cholécysto-entérostomie.

Duboucher et Kaush proposent, si la papille est intacte, de la transplanter sur le jéjunum en l'y enchassant ; si elle est détruite, l'abouchement du Wirsung et d'une tranche pancréatique dans le jéjunum.

Les ruptures sous-vatériennes qui intéressent la portion moyenne du duodénum, seront traitées de même s'il n'existe pas de contusion étendue. S'il existe une zone contuse importante, il devient alors nécessaire de pratiquer une résection. Cette résection qui porte sur le segment duodénal, chevauché par les vaisseaux mésentériques supérieurs, est en pratique facile.

« Le décollement du péritoine, écrit Dambrin, se fait très facilement sur la face antérieure : on sépare sans difficulté la racine du mésentère contre lequel elle semble s'appliquer intimement ; il existe un plan

de clivage que le doigt suit facilement et qui permet d'apercevoir la quatrième portion en soulevant la racine du mésentère. Quant à la face postérieure du duodénum, elle se décolle avec la plus extrême facilité de la paroi abdominale postérieure et des gros vaisseaux. »

Il nous reste à parler des ruptures duodéno-jéjunales. Presque toujours totales comme celles de la portion gastro-duodénale, elles ont été de même suturées circulairement avec anastomose complémentaire. Or, cette suture présente de grandes difficultés : l'angle duodéno-jéjunal est fixé dans la profondeur et le bout duodénal est en partie privé de péritoine. Le procédé de choix est ici la fermeture du bout duodénal et l'implantation gastrique du bout jéjunal.

Par crainte du sphacèle ultérieur du cul-de-sac duodénal, il sera prudent d'ajouter une anastomose duodéno-jéjunale qui, selon l'état du blessé, pourra être pratiquée dans un second temps. Nous rappelons ici le cas de Moynihan, qui, guéri de sa rupture, mourut 3 mois après de la complication suivante : le bouton de Murphy ayant servi à la gastro-entérostomie avait franchi le pylore et déterminé une perforation du segment duodénal exclu.

Les ruptures rétro-péritonéales dont l'existence est révélée par la formation d'un hématome seront traitées après incision sur l'hématome et mise à nu du foyer comme les lésions intra-péritonéales. On devra s'attacher à la détersion soigneuse du tissu cellulaire infiltré.

L'incision du péritoine pariétal postérieur, le long

de la portion descendante du duodénum, permet de rabattre en suivant le fascia d'accollement le duodénum et la tête du pancréas. La face postérieure est ainsi largement exposée et permet des sutures faciles.

Malheureusement, celles-ci sont souvent précaires vu le manque de séreuse en arrière et il faut craindre les fistules.

Lécène conseille de faire une gastro-entérostomie de dérivation avec ou sans plicature du pylore.

Nous terminerons cet exposé du traitement par la question du drainage.

Il doit être la règle, surtout dans les cas où la péritonisation des zones suturées est douteuse.

Guibé conseille le drainage lombaire dans les cas de lésions rétro-péritonéales. Le danger est, en effet, dans l'infection du tissu cellulaire au contact duquel sont ces sutures précaires, et cela est presque inévitable.

On lui adjoindra un drainage sus-mésocolique intrapéritonéal. On a conseillé, dans les cas de rupture haute, le cloisonnement de l'étage abdominal supérieur par suture du grand épiploon et du côlon à la paroi antérieure qui limite l'infection péritonéale.

Enfin, Lécène draine le douglas par l'incision sus-pubienne type Murphy. Dans notre cas, la suture pratiquée étant tout à fait satisfaisante, ce dernier mode de drainage fut seul employé.

Si nous considérons maintenant le résultat opératoire, nous conclurons qu'il reste très médiocre.

Nous donnerons tout d'abord ici la statistique de Guibé :

Sur 134 cas, 62 blessés sont opérés, dont 24 sans atteindre le but cherché, c'est-à-dire sans avoir trouvé de perforation : ces derniers succombent tous.

Sur 38 cas où la perforation est trouvée et traitée, on note 6 guérisons, soit 15 %.

Duboucher donne les chiffres suivants :

Sur 223 cas réunis, 25 guérisons sont obtenues après intervention. On peut certes excuser les morts consécutives à des cas de rupture duodénale en association avec des lésions viscérales ou vasculaires graves.

L'évolution, presque toujours fatale, des ruptures totales ou des contusions étendues, peut également ne pas surprendre. Mais il n'en reste pas moins que de nombreux blessés, présentant des lésions peu importantes et traitées dans les meilleures conditions, quelques heures à peine après leur traumatisme, ont rapidement succombé.

Observation personnelle

M. C..., 28 ans, Dijon. Hospitalisé d'urgence dans le service de Clinique chirurgicale, le 21 janvier 1930.

Le malade a été serré entre le timon d'une voiture et un mur.

Le timon a pressé au niveau de la région lombaire droite, appliquant fortement le blessé, face antérieure contre la paroi du mur.

Examen. — Etat de shock marqué; le blessé souffre beaucoup de sa région dorsale et surtout de tout l'abdomen. La face est pâle, les lèvres un peu décolorées; le pouls est normal, non accéléré. Il y a eu des vomissements bilieux à plusieurs reprises.

Hématome assez volumineux et fluctuant de la région lombaire au niveau de la gouttière vertébrale droite. Traces multiples d'éraflures. En avant, on constate qu'il existe une réaction de défense généralisée à tout l'abdomen; aucune trace de contusion sur la peau.

Le malade souffre partout au palper, même au niveau de la fosse iliaque gauche, dans une région qui n'a pas subi de traumatisme.

Il n'y a pas de troubles urinaires. Pas d'hématuries. Après avoir laissé au blessé le temps de surmonter son

état de schok, on intervient 5 heures et demie après l'accident (Docteur Leclerc, Docteur Albertin). A. G. Ether.

Incision transversale droite. Dès l'ouverture du péritoine, il s'écoule en abondance du liquide bilieux, verdâtre et muqueux, que l'on est obligé d'aspirer. Il n'y a pas de sang.

En explorant la région biliaire, on tombe sur la première portion du duodénum où se trouve une perforation unique de 2 centimètres de long et perpendiculaire à l'axe du conduit intestinal.

Issue abondante de liquide biliaire.

Suture au fil de lin en trois plans, un musculéux et deux séreux avec application d'une frange de l'épiploon gastro-hépatique.

On ne trouve aucune autre lésion ni de la vésicule, ni du foie, ni de l'intestin.

On suture la paroi en laissant un drain dans le sinus colopariétal.

Drainage sus-pubien du douglas (Murphy).

Suites opératoires. — Assez agité, le malade vomit, continue à faire de la température. L'auscultation montre l'existence de phénomènes pulmonaires. On note pendant plusieurs jours l'issue de liquide purulent par les drains.

Enfin, peu à peu, les troubles pulmonaires s'amendent, l'alimentation peut être prudemment reprise, et au bout de 15 jours environ, le malade peut être considéré comme hors de danger. Dans la suite, le blessé devient sub-fébrile et se plaint de la région lombaire droite. Une radiographie faite à ce moment montre que toutes les apophyses transverses lombaires sont fracturées du côté droit. Une suppuration périnéphrétique droite se forme

à bas bruit. L'incision donne issue à une grande quantité de pus et l'examen décèle du streptocoque en association à l'entérocoque.

La température tombe et l'état général s'améliore progressivement.

Le blessé, revu depuis, est resté en parfaite santé.

Conclusions

Les ruptures du duodénum restent des lésions heureusement rares. Elles tirent leur gravité de l'intensité des traumatismes habituellement observés, des lésions d'association fréquentes des organes voisins, des conditions anatomiques spéciales à ce segment intestinal en grande partie rétro-péritonéal et qui mettent ses sutures en état d'infériorité remarquable sur celles des autres parties du grêle.

La symptomatologie se confond dans la règle avec la symptomatologie classique des ruptures intestinales courantes et il serait superflu de s'attarder à poser un diagnostic de localisation duodénale. Les vomissements sanglants eux-mêmes sont un signe très rarement observé et d'ailleurs non pathognomonique.

Seule, en pratique, la localisation nettement affirmée d'un traumatisme intense au niveau de la région épigastrique peut, en présence d'un tableau clinique de rupture intestinale, faire admettre comme probable une lésion duodénale et modifier l'incision

habituellement employée dans les traumatismes abdominaux en vue d'une exploration d'emblée parfaite et facile.

Le traitement des perforations de petite et moyenne dimensions se résume à la suture.

Les ruptures complètes, totales seront traitées, selon les cas, par l'entérorraphie circulaire bout à bout ou par la fermeture des deux bouts avec gastro-entérostomie.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	TIXIER.
<i>Pour le Doyen :</i>	
L'assesseur,	
ETIENNE ROLLET.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 25 Juin 1930.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

Bibliographie

- BARTHÉLEMY. — Ruptures traumatiques du duodénum.
Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris, 1920,
p. 592-596.
- BÉCHARD. — Traumatismes de l'abdomen par coup de
pied de cheval .Perforations du duodénum. Lapar.
Guérison. *Arch. de Méd. et de Pharm. Mil.*, Paris,
1908, p. 66-69.
- BICHAT. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*,
1916.
- BIGOT. — Contribution à l'étude des ruptures totales
traumatiques du duodénum. *Thèse Paris*, 1912.
- BLÉ. — *Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris*, 1880.
- BRON. — De la compression du duodénum et des acci-
dents qui en résultent. *Thèse Paris*, 1893.
- DAMBRIN. — Recherches sur l'anatomie path. et le trait.
des lésions de l'intestin dans la contusion abd.
Thèse Paris, 1903.
- DELPISTOYA. — Contribution à l'étude des rup. trauma-
tiques du duodénum. *Thèse Nancy*, 1927.
- DESGOUTTES. — Plaie perforante de vésicule biliaire et
du duodénum. *Lyon Chir.*, 1912, p. 364.

- DELAY et LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1916, p. 2081.
- DUCREST-LORGERIE. — Rup. du duodénum par suite de pression violente exercée sur la paroi abdominale. *Rec. de Méd. et Pharm. milit.*, t. V, p. 475, 1861.
- FAVEREUL. — Contusions du duodénum. *Arch. Prov. de Chir.*, 1913, p. 352.
- GILLETTE. — Perforation traumatique du duodénum. *Bull. Soc. Anat. de Paris*, 1861, t. LXXXV, p. 105.
- GUIBÉ. — Rupt. traumat. du duodénum. *Revue de Gynéc. et de Chir. adabominale*, 1910, t. XV, p. 222.
- HAIMEL. — Path. chir. du duodénum. *Arch. Prov. de Chir.*, t. VIII, p. 461.
- LENORMAND. — Les rupt. traumatiques du duodénum. *Presse Méd.*, 1912.
- LORIN. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Paris*, 1916.
- MATHIEU. — *Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 1916, p. 2113.
- MILLET. — Contusions de l'abdomen par coup de fourche. Perforation secondaire du duodénum. Lapar. latérale au huitième jour. Mort. *Arch. de Méd. et de Pharm. Mil.*, 1897, t. XXIX, p. 363.
- PAUCHET. — Plaie pénétrante de l'abdomen. Plaie du côlon et du duodénum par un coup de lime. Guérison. *Gazette médicale de Picardie*, 1903, p. 290.
- PILLET. — Contusions abdominales. Lésions du duodénum.
- POTHERAT. — Rupture de la portion transverse du duodénum. *Bull. Soc. de Chir.*, 26 octobre 1898, n° 30.
- QUENU et MATHIEU. — Rupture traumatique du duodénum. Suture de 2 perforations. Gastro entérostomie post. Guérison. *Bull. et Mém. Soc. Chir. de Paris*, 1912, p. 234-237.

REBOUL. — Rupture du duodénum et de l'intestin grêle.
Marseille Méd., 1891.

RENAUDIN. — La perforation brusque du duodénum.
Thèse Paris, 1908.

VAUTRIN. — *Rev. de Chir.* 1896 et *Arch. Franco-Belges de Chir.*, 1923.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
Historique	9
Etiologie	11
Anatomie-pathologique	17
Symptomatologie	23
Evolution	27
Diagnostic	29
Traitement	31
Observation personnelle	41
Conclusions	45
Bibliographie	47



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

42, QUAI GAILLETON

LYON



